



TITLE:

学会抄録 第189回日本泌尿器科学 会東海地方会

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第189回日本泌尿器科学会東海地方会. 泌尿器科紀要 1996,
42(8): 629-631

ISSUE DATE:

1996-08

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/115777>

RIGHT:

第189回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1995年9月30日(土)、於 四日市市文化会館)

Renal cell carcinoma chromophobe cell type の1例：梅田佳樹，田島和洋，斎藤 薫（鈴鹿中央総合） 症例，78歳女性。肉眼的血尿を主訴に平成7年2月28日当科受診。膀胱鏡にて右尿管口からの出血を認め，RPにて右中腎杯の偏位を認めた。CTでは，右腎中極～下極に，径約5cmの嚢胞状腫瘍陰影をみとめた。MRIでは，T1強調，T2強調ともに腎実質と等信号を呈し腫瘍を疑われた。腎動脈造影では，細かな新生血管が認められcystic RCCが示唆された。以上よりRCCを疑い，右根治的腎摘術を施行した。病理組織学的に，HE染色，EMA染色，VIM染色，鉄コロイド染色により，renal cell carcinoma chromophobe cell type，pT3b，pN0，M0，pV1b，stage IIIと診断された。adjuvant therapyとして，OIFの投与を行い，7ヵ月後の現在再発を見ず経過は良好である。

IFN- α によると思われる溶血性貧血をきたした腎細胞癌の1例：栗木 修，大島伸一，松浦 治，竹内宣久，上平 修，橋本好正，近藤隆夫（社保中京） 症例は36歳男性。平成7年4月6日，左腎腫瘍に対して，根治的左腎摘出術を施行。病理診断はrenal cell carcinoma，alveolar type，clear cell subtype，pT2，pN0，pM0，G2，pV1a，INF α であった。術後に残存病変を認めず，再発予防目的にて5月17日から，天然型 α インターフェロン（OIF）500万単位を投与したところ，6月20日，突然の肉眼的血尿を生じた。血液検査でLDH，間接ビリルビン，血清鉄の高値，ハプトグロビンの低値を認めた。クームステストは，陰性，sugar water テストも陰性であった。抗核抗体は陽性であったが，抗インターフェロン抗体は検出されなかった。溶血機序の詳細は不明であったが，インターフェロンの投与中止後，溶血は消失し，貧血は順調に回復した。

血尿で発見された3歳女児左腎腫瘍の1例：江原英俊，高橋義人，河田幸道（岐阜大），下川邦泰（同中検病理），斎藤昭弘（中濃），兼村敏生（同小児科） 症例は3歳女児。生来健康であったが，幼稚園の検診で顕微鏡的血尿と蛋白尿を指摘された。画像診断にて，左腎門部やや下極に直径約3cmの腫瘍を認めた。ウイルス腫瘍を疑われ当科に紹介された。経腹膜的左腎摘除術を施行したところ，腫瘍剖面は一部黒色ないし暗青色で，褐色の被膜で覆われていた。病理学検査にて，腫瘍は腎盂粘膜下に存在し，腫瘍細胞にメラニン色素を認め，抗HMB-45抗体陽性より，悪性黒色腫と診断された。転移性腫瘍と考え原発巣を検索したが，摘出部位外には異常を認めなかった。以上より腎盂原発の悪性黒色腫と診断した。文献検索上，本症例は世界で4例目であった。

悪性像を呈した腎オンコサイトーマの1例：神谷浩行，佐々木昌一，浅井伸章，小島祥敬，山田泰之，藤田圭治，戸澤啓一，上田公介，郡健二郎（名古屋市大），清水秀夫（同共同研究室） 浸潤傾向をきたした腎オンコサイトーマの1例を経験した。症例は34歳男性，主訴は肉眼的血尿と左腰部部痛。USで左腎の上極に内部不均一な腫瘍像を認めた。CTでは内部が腎実質とは異なる不均一なCT値を示し辺縁はやや不整であった。腎動脈造影では不整血管を多数認め，実質相で被膜より突出するstainを認めた。薬力学的血管造影で正常血管は収縮し腫瘍濃染は明瞭となった。以上の所見から腎細胞癌と診断し経腹的左腎摘除術を施行した。腫瘍は7×7×8cmで剖面は赤褐色で被膜に包まれていた。組織学的にはオンコサイトーマで核の異型・分裂はなかったが，一部浸潤を認めたため，再発・転移の可能性を否定しきれず，十分な経過観察が必要と考えられた。

全尿路移行上皮癌に対するBCG灌流療法の実験：横井繁明，小野佳成，加藤範夫，武田明久，山田 伸，水谷一夫，新宅一郎（小牧市民） 症例は58歳の男性。膀胱腫瘍と近医で診断され1994年1月13日TUR-Bt施行された（TCC，G2-3）。経過観察中，尿細胞診にてclass II～IVを繰り返し，膀胱のrandom biopsy施行され3カ所にG1のTCC，左右腎盂尿の細胞診ではclass V，IIIであった。1994年12月19日当科受診。全尿路のrandom biopsyを施行し膀胱内にG1，左側尿管にG1-2，右側にG2のTCCを認めた。臓器温存の切望有り Studerらの方法に準じ1995年2月15日より左側は経皮的に，

右側は逆行性にBCG灌流療法（BCG 120mg/生食 200ml）を施行した。重篤な合併症なく8月21日の尿細胞診ではclass Iであった。長期経過ならびに再発時の対処が今後の課題である。

腎盂尿管腺癌の1例：安井孝周，安積秀和，安藤 裕（名古屋市立東市民） 不完全重複尿管に合併した原発性腎盂尿管腺癌の1例。69歳男性が肉眼的血尿を主訴に当科初診。DIP，RPにて左不完全重複尿管の下半腎尿管に狭窄部位，下半腎盂内に不完全サンゴ状結石を認めた。CTでは狭窄部位に一致したmassを認めた。精査目的の尿管鏡検査にて下半腎盂尿管に乳頭状の腫瘍を認めた。左腎尿管全摘除術を施行。腫瘍は腎盂から尿管結合部にかけ15×10×2cm。病理組織学的診断は腺癌，INF β ，pT2，pR0，pL0，pV0，pN0。大部分は高分化の腺癌だが一部にsignet ring cell carcinoma，未分化な組織を混じえた。PAS染色に染まり粘液産生を認めた。結石成分はCaOX 72%，CaP 28%。術後補助療法は施行せず。術後3ヵ月を経過して再発，転移を認めていない。本症例は原発性腎盂尿管腺癌としては報告77例目（本邦26例目），不完全重複尿管に合併した原発性腎盂尿管腺癌としては第1例目と考えられた。

膀胱全摘後に発生した腎盂腫瘍の1例：佐藤滋則，神林知幸（磐田市立総合），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 膀胱癌手術後の上部尿路への再発は比較的稀とされている。今回われわれは膀胱全摘出術後に腎盂癌が発生した1例を経験した。症例は72歳，男性。1990年12月，肉眼的血尿を訴え当科初診。多発性膀胱腫瘍を認め，BCG膀胱療法後TUR施行（TCC，G2，T1）。翌年10月，再発を認め，TUR施行。1992年6月，後部尿道に再発し，膀胱全摘，回腸導管造設術を施行（TCC，G2，PT4aN0M0）。1994年3月より尿細胞診陽性が続く為，翌年2月，逆行性腎盂造影を行い，左腎上腎杯に陰影欠損を認めた。同月，順行性腎盂ファイバー施行し腎盂内にpapillary tumorを確認。左腎摘出術施行。尿管もできるだけ回腸導管の近くまで剝離後切除した。術後経過は順調で，現在外来通院中である。

胃癌が原因と思われる左水腎症の1例：鈴木靖夫，桃井 守（岐阜県立多治見） 82歳男性が，左腰部および側腹痛を主訴に受診した。左水腎症を認め当初左尿管結石を疑った。結石陰影がはっきりせず精査したところ進行した胃癌が見つかった。CT・胃カメラなどで結局進行した胃癌が左水腎症の原因と思われる症例であり，考察を含め報告した。

多発性嚢胞腎における腎摘症例の検討：丸山高広，西山直樹，藤田民夫（名古屋記念） 多発性嚢胞腎における腎摘除術を行った3例【症例1】59歳女性，両側嚢胞感染のため両側腎摘除【症例2】50歳男性，腹部圧迫症状のため左腎摘除【症例3】34歳男性，左腎出血のため左腎摘除に関して，腎摘除術の適応について検討した。多発性嚢胞腎では透析導入後であってもある程度の尿量が確保できることが多く，残存腎機能の保存により水分コントロールが容易となり，エリスロポエチン投与による貧血の管理が不要となる。また両側腎摘除後に見られる低血圧症合併を回避でき，さらに小さな手術侵襲ですむことより，腎摘除が必要な場合でも，責任病巣が片側であれば対側腎の状態を充分に考慮したうえで可能なかぎり対側腎の保存につとめるべきであると考えた。

腎動脈静脈奇形（AVM）の2例：曾我倫久人，米田勝紀（社保羽津） 症例1：43歳女性。肉眼的血尿にて当科受診。腎動脈造影にて右腎にcirroid型のAVMが確認された。steel coilを使用した塞栓術（TAE）を施行し，AVMの消失をみた。症例2：50歳女性。肉眼的血尿，左腰部部痛にて当科受診。腎動脈造影にて左腎にcirroid型のAVMが確認された。同様にsteel coilを使用した塞栓術（TAE）を施行し，AVMの消失をみた。TAEを施行した，腎AVM症例94例を集計し検討を加えた。TAEの有効率は，Gelfoam，ethanol併用，steel coil単独が，多用塞栓物質のなかで良好な結果であった。

嚢胞形成を伴った前立腺癌の2例：工藤真哉，本村文一，増森二

良, 東野一郎 (豊橋市民) 症例1は82歳, 男性。主訴は下腹部圧迫感。近医にて精囊腺腫瘍を疑われたが, 精囊造影で異常なく, 経直腸的超音波検査, 骨盤部 CT で, 前立腺左葉から膀胱左側にかけて多房性囊胞性変化を認めた。囊胞内容液は暗緑褐色血性で精子は含まれず, PA 390,000 ng/ml, PAP 7.6 ng/ml, γ -Sm 470,000 ng/ml と高値で, 細胞診も陽性。前立腺針生検で左葉に管状および乳頭状増殖を示す高分化腺癌を認めた。症例2は70歳, 男性。主訴は頸部痛。当院整形外科にて骨シンチ上多発性転移を疑われ当科紹介。経直腸的超音波検査, 骨盤部 CT で, 前立腺内部に辺縁不整な囊胞性変化を認めた。囊胞内容液は血性で精子は含まれず, PA 98,300 ng/ml, PAP 13,000 ng/ml, γ -Sm 74,000 ng/ml と高値だったが細胞診は陰性。前立腺針生検で両葉に中分化腺癌を認めた。両症例ともに囊胞形成を伴った前立腺癌と診断し, 内分泌療法を行い, 現在も外来通院中であるが囊胞の再発もなく経過良好である。

直腸輪状狭窄をきたした再燃前立腺癌の1例: 佐井紹徳, 河合隆, 加藤久美子, 村瀬達良 (名古屋第一赤十字) 症例は68歳の男性で, 右背部痛および尿閉を主訴に当科を受診し, 前立腺癌による腎後性腎不全の診断にて, 1992年10月15日に入院した。左腎瘻造設により腎不全を改善した後, 前立腺針生検を行ったところ, 低分化型腺癌と診断された。確定診断後, 速やかに内分泌療法を行い, 腎後性腎不全と尿閉状態は解除された。以降外来での内分泌療法の継続で, 94年前半まで腫瘍マーカーは正常範囲内にあり, 安定した状態が続いていた。その後 PA が徐々に上昇し, 95年初めになって排便困難が現れた。直腸内触診で硬く全周性に狭窄した直腸壁を触れた。注腸X線写真では直腸の全周性狭窄を認め, 直腸粘膜からの生検組織からは低分化型腺癌が確認された。以上より前立腺癌の直腸内浸潤による全周性狭窄と判断し, 人工肛門を造設した。

若年性膀胱移行上皮癌の1例: 池内隆人, 石黒良彦, 渡邊秀輝 (名古屋市立城西) 症例は15歳の男子。9歳時に一度肉眼的血尿があり, 今回も再度血尿が出現したため, 1995年5月2日当科を受診した。膀胱エコー, CT で膀胱内に隆起性病変があり, 膀胱腫瘍と診断した。膀胱鏡検査にて, 右尿管口頭側に母指頭大, 乳頭状有茎性の腫瘍を認め経尿道的切除を行った。組織は移行上皮癌で G2=G3, pT1a であった。現在エコーおよび尿細胞診などで定期的に経過観察中である。20歳以下の膀胱移行上皮癌は少なく, 本邦で37例目である。若年者の血尿に対しては, 腎炎や特発性腎出血だけでなく悪性疾患を常に念頭に置かねばならない。そのため非侵襲的な検査であるエコーを初診時より積極的に行うべきであると考え。また若年例は一般に, 単発が多く, 再発は少なく, 悪性度も低いといわれている例もあり, 成人例と同様に厳重な経過観察が必要である。

膀胱原発印環細胞癌の2例: 小川和彦, 日置琢一, 杉村芳樹 (愛知がんセ), 矢田部恭, 中村栄男 (同病理), 鈴木茂章 (すずき医院), 波多野紘一 (波多野医院) 膀胱原発印環細胞癌の2例を報告する。症例1: 患者は78歳男性。1994年9月より排尿困難出現し, 近医にて膀胱腫瘍を疑われ当科を紹介受診。両側水腎症と腎不全を認めたため緊急入院。左腎瘻造設後に精査を行い, 膀胱原発印環細胞癌 (poorly differentiated adenocarcinoma, T3bN0M0) と診断した。骨盤腔への癒着が強く, 高齢・心筋梗塞の既往歴などを考慮して単純膀胱全摘のみ施行。現在経過観察中である。症例2: 患者は82歳女性。1995年4月より肉眼的血尿出現し, 近医にて膀胱腺癌と診断され当科を紹介受診。精査の結果, 後腹膜浸潤による十二指腸狭窄を伴った膀胱原発印環細胞癌 (poorly differentiated adenocarcinoma) と診断。両側腎瘻造設や PTCD 施行したが, 全身状態悪化にて死亡した。

悪性腫瘍と鑑別が困難であった膀胱頂部炎症性偽腫瘍の1例: 彦坂敦也, 小林弘明, 古橋憲一, 高羽秀典, 小幡浩司 (名古屋第二赤十字) 症例は49歳男性。主訴は肉眼的血尿。平成7年6月より間欠的に血尿が現れ近医受診し, 膀胱鏡にて腫瘍が認められたため当院に紹介され, 精査治療のため7月に入院した。膀胱鏡で頂部~前壁に約2cmの広基性球形腫瘍を認め, CT, MRI で膀胱壁への浸潤が疑われた。TUR による切除標本の光顕像では筋原性肉腫を否定できず, 膀胱部分切除を追加して検討した結果, 炎症性偽腫瘍と診断された。本疾患は組織学的に肉腫に類似した非腫瘍性病変と考えられ, その病因は不詳である。臨床的には悪性腫瘍との鑑別は不可能なため不必要な拡大治療が行われることがあり, 膀胱腫瘍の鑑別上重要である。自験

例を含む50症例について集計, 考察を行った。

尿管管遺残に発生した Xanthogranuloma の1例: 栗本勝弘, 米村重則, 山田泰司, 内田克典, 藤川真二, 吉村陽仁, 林 宣男, 有馬公伸, 柳川 眞, 川村寿一 (三重大), 川井 忠 (川井) 症例は47歳男性。現病歴は, 1995年3月下旬腹部痛, 肉眼的血尿で近医受診。検尿にて膿尿を認め CT, US にて膀胱頂部より上方に系 30 mm の腫瘍を認め, 尿管管腫瘍または膀胱腫瘍を疑い, 当科転科。膀胱造影・消化管造影に特に異常を認めず腹部 MRI にて Gd-DTPA 造影 T1 強調で尿管管部にやや low intensity で斑状に造影された腫瘍を認めたため尿管管炎症性腫瘍を強く疑ったが尿管管癌も否定しえず尿管管摘除術および膀胱部分摘除術を施行した。病理組織診断は黄色肉芽腫と診断された。文献的には尿管管や膀胱に発生した本邦報告例は10例と少ない。また組織学的に良性であっても臨床的に悪性の経過をとるものがあり今後の経過観察にも配慮すべきと考えた。

尿閉をきたした小児先天性膀胱憩室の1例: 小島祥敬, 坂倉・毅, 梅本幸裕, 秋田英俊, 橋本良博, 伊藤尊一郎, 佐々木昌一, 林祐太郎, 郡健二郎 (名古屋大) 症例は1歳1カ月男児。1994年6月に熱発し尿路感染症として抗生剤を受けた。1995年4月4日, 下腹部膨満と怒責排尿に母親が気づいて近医を受診し, 導尿により 200 ml の尿がえられた。その後も同様の症状を繰り返し, 5月29日当科に紹介入院となった。排尿時膀胱造影では膀胱の右上方に 6×4.5 cm の憩室様陰影を認め, 排尿後に憩室内に残尿を認めた。この時点で下部尿路通過障害は認めず, CT, MRI では憩室と憩室茎が認められ, 先天性膀胱憩室と診断した。右尿管は憩室内に開口しており, 膀胱憩室切除術および右尿管膀胱新吻合術を施行した。手術に先立って行った膀胱鏡検査から, 尿閉は拡張した憩室によって後部尿道が圧迫されることにより生じたものと考えられた。

尿失禁にて発見された尿管腔開口3女兒例の検討: 佐藤 元, 堀場優樹, 星長清隆, 名出頼男 (保健衛生大), 花井俊典 (知多市民), 石川清仁, 鈴木恵三 (平塚市民) 尿管異所開口は, 今日稀な疾患とはいえないが, 腎機能の低下を伴うために診断に苦慮する場合が多い。今回われわれは3例の女兒尿管腔開口を経験し, 診断に対する検査のあり方について報告する。症例はいずれも5例女兒。正常な排尿とは別に尿失禁を認め受診した。IVP, 腹部超音波, CT, 膀胱鏡, 腔造影, 腎シンチを施行したが, 診断に有効と思われたものは膀胱鏡と腔造影であった。この両者は患側腎の部位診断に特に有用であり, 治療前に是非行っておくべきと思われた。3症例とも尿管管摘出術を行い Thoms の I 型であった。

後腹膜神経鞘腫の1例: 大堀 賢, 宮川嘉真, 岡田正軌, 赤堀将史, 水本裕之, 平岩親輔, 本多靖明, 深津英捷 (愛知医大), 平田紀光 (浅井) 症例は69歳, 男性, 主訴は頻尿。既往歴1990年心房細動, 洞性徐脈にてペースメーカー装着。1992年12月一過性脳虚血発作あり, 当院内科入院。1993年1月頻尿感あり当科依頼。腹部エコーにて 70×70 mm の充実性腫瘍腫瘍を骨盤腔に認めた。皮膚に異常認めず。CT 上仙骨前面中央に直径 7 cm の壁を持つ境界明瞭, 中心部が low な充実性腫瘍を認めた。後腹膜腫瘍の診断にて1993年4月6日手術を施行。周囲組織との剥離は容易であった。大きさは 9×7×4.5 cm, 重量 120 g で赤黄色返縁平滑。断面は肥厚した壁と一部ゼラチン様物質を伴った赤茶色の弾性軟の組織。病理組織にて Antoni A 型の良性神経鞘腫。免疫染色で EMA 抗体は陰性, S-100 蛋白抗構では陽性の像を認めた。以上により後腹膜神経鞘腫と診断した。

急性陰嚢症43例の検討: 桜井孝彦, 堀場優樹, 佐藤 元, 内藤和彦, 平野眞英, 樋口 徹, 宮川真三郎, 加藤 忍, 白木良一, 星長清隆, 名出頼男 (保健衛生大) 今回, われわれは1981年1月から1995年9月の間に急性陰嚢症と診断され緊急手術が施行された43例を対象とし臨床的検討を加え報告した。精索捻転26例, 精巣付属小体捻転8例, 精巣上体炎5例, 外傷4例と精索捻転が最も多かった。精索捻転における時間経過, 捻転度数と精巣保存の有無を検討した。発症より12時間を経過した症例, また180度以上の捻転を認めた症例では高率に精巣摘除が施行されていた。精巣摘除となった原因として速やかに受診しなかった例が6例, 他医受診時に適切な診断, 処置がなされなかった例が10例と後者が多かった。当科来院前に種々の治療を施されている場合が多く, 早期の専門医受診が望ましいと考えられた。

精巣類表皮嚢胞の1例：岩崎明彦，青木重之，西尾芳孝，西川英二（名古屋掖済会），瀧 知弘，深津英捷（愛知医大） 27歳，男性。2年前より右陰囊内容の腫大に気付くも放置。増大傾向も症状もなかったが，気になり平成7年6月1日当科を受診。右陰囊内容は全体に腫大，表面平滑，弾性硬で圧痛はなかった。腫瘍マーカーは陰性だが，超音波検査にて悪性腫瘍を疑い，右高位精巣摘除術を施行した。病理診断は精巣類表皮嚢胞であった。本疾患は全精巣腫瘍の約1%を占める良性腫瘍であり，精巣を温存する腫瘍切除術を推奨する意見が近年増加している。超音波検査の有用性，所見上の特徴が示されているが，特異的ではなく術前診断は困難である。今後本疾患を強く疑う時は，精巣を温存する治療を第一に考えたい。

停留精巣に発生した精上皮腫の1例：水野卓爾，大塚篤史，大平智昭，青木雅信，斎須和浩，石川 晃，影山慎二，宇佐美隆利，麦谷莊一，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は46歳男性，生来停留精巣を認めるも放置。1995年3月左鼠径部の不快感が出現し，4月11日当科を受診した。左停留精巣があり，径4cm 表面平滑で圧痛はなく可動性はなかった。腫瘍マーカーに異常はなかった。5月15日左鼠径部を皮切して精巣を観察したところ，精巣のほぼ全体が硬い白色の腫瘍で占められていた。迅速病理検査では正常の精巣組織は見当たらず良悪の判定は困難であったため，悪性の可能性も否定できず，高位除精巣術を施行した。病理組織学的診断は typical seminoma であり，脈管，白膜，精索への浸潤は認められなかった。患者は現在無治療で外来にて厳重に経過観察中であり，今のところ再発，転移，腫瘍マーカーの上昇等は認められていない。

組織学的に Chronic periorchitis と診断された陰嚢内腫瘍の1例：大塚篤史，大平智昭，青木雅信，水野卓爾，斎須和浩，石川晃，影山慎二，宇佐美隆利，麦谷莊一，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 患者は，57歳男性。左陰嚢内容腫大あるも約10年放置。1995年6月28日腫瘍の増大あり当科入院。入院時，血液検査に異常なく，理学的に，左陰嚢内腫瘍は鰐卵大，表面平滑で圧痛なく弾性硬で周囲との癒着はなかった。6月30日に高位精巣摘除術施行。摘出標本は12×5×5cm，290g，表面平滑で淡赤色，170mlの黄色透明のコレステルン結晶を含む内容液があった。腫瘍の断面は凹凸を持ち赤紫色～淡黄色であった。精巣に異常ないが，精巣上体は白色で腫大し周囲との境界不明瞭であった。病理学的には，精巣鞘膜への炎症細胞の浸潤，線維性結合組織の増生，ヘモジリン沈着を認めた。本症例は，精巣上体に発生した炎症に続発した chronic periorchitis と考えられた。

陰嚢皮下に発生した多形性腺腫：草田修司，戸澤啓一，秋田英俊，坂倉 毅，山田泰之，伊藤尊一郎，岡村武彦，上田公介，郡健二郎（名古屋医大） 今回われわれは陰嚢皮下に発生した多形性腺腫の1例を経験したので報告する。症例は65歳男性。主訴は右陰嚢の無痛性腫瘍であった。治療として腫瘍切除を行った。組織はSeifert 1型に入る典型的な多形性腺腫であった。唾液腺における多形性腺腫の場合切除後の再発率は5%程で，ごく稀に肺転移や悪性化の報告があるものの，病理組織学的には多形性腺腫は良性と考えられ，治療は切除のみとするのが一般的である。主として頭頸部領域（唾液腺腫が70%を占める。）にみられるもので稀に気管支・腸管への発生報告もあるが，陰嚢部発生例はわれわれは調べたかぎりでは過去15年間報告されていない。

皮膚移植を併用した浸潤性陰茎癌の1例：阿部俊夫，大下博史，上條 渉，瀧 知弘，三井健司，山田芳彰，本多靖明，深津英捷（愛知医大），佐藤俊明（同形成外科），千田八朗（千田クリニック） 症例は，73歳男性，主訴は，陰茎部の腫瘍。既往歴は50歳頃肺化膿症。他疾患の検索中に陰茎部の腫瘍を指摘され，泌尿器科を受診。初診時，陰茎亀頭部から体部，恥骨上部にまでおよぶ，隆起性病変を認め，生

検の結果，扁平上皮癌であった。画像診断等より，臨床的にT4NXM0でstage IVと診断した。インターフェロンとシスプラチンによるneoadjuvant chemotherapyを1クール施行後，全除精術，膀胱全摘，尿管皮膚瘻造設術，大腿直筋を用いた皮膚移植術を施行した。組織学的には，高分化型扁平上皮癌であった。現在外来通院中である。

排尿障害を主訴とした女子尿道平滑筋腫の2例：田中篤史，近藤哲志，長井辰哉，榊原敏文（西尾市民） 今回われわれは排尿障害を主訴とする尿道平滑筋腫の2例を経験したので報告する。症例1：40歳女性，排尿障害を主訴に当院受診，尿道より膀胱内に腫瘍摘出術を行い症状の改善を認めた。病理組織診断は平滑筋腫であった。症例2：46歳女性，排尿障害を主訴に当院受診，尿道より膀胱内に聴出する腫瘍を認め恥骨上経膀胱内に腫瘍摘出術を行い症状の改善を認めた。病理組織診断は平滑筋腫であった。尿道平滑筋腫は稀な疾患で本邦で100例程が報告されている。排尿障害を呈することは比較的少ないとされているが女子排尿障害の鑑別診断として本疾患も考慮する必要があると思われる。

尿道下裂に合併した重複尿道の1例：浅井伸章，林祐太郎，梅本幸裕，神谷浩行，草田修司，橋本良博，藤田圭治，岡村武彦，郡健二郎（名古屋医大） 症例は2歳男児，主訴は外陰部の形態異常。陰茎陰囊移行部型の尿道下裂で陰茎は腹側は屈曲，左停留精巣と右鼠径ヘルニアを認めた。術中内視鏡にて，2本の尿道がそれぞれの外尿道口より2cmで交通する不完全型重複尿道と診断です。内視鏡下に中隔切開を施行した。併せてこの時，一期的尿道下裂形成術，右外鼠径ヘルニア根治術および左精巣固定術を施行した。中隔は組織学的に移行上皮で，尿道粘膜組成と考えられた。重複尿道は，異常尿道が陰茎背面に開く尿道上裂型が大部分で，自験例は稀な尿道下裂型であった。重複尿道の発生学的成因には諸説があるが，自験例についてわれわれは，総排泄腔膜が二分されて重複尿道の原基が形成された後，生殖皺襞の融合不全により尿道下裂が合併したと推測した。

ウリナールの圧迫壊死により尿道，陰茎海綿体断裂をきたした1症例の検討：内藤和彦，星長清隆，宮川真三郎，佐藤 元，平野真英，小林康宏，樋口 徹，加藤 忍，桜井孝彦，白木良一，堀場優樹，名出頼男（保健衛生大） 症例は，二分脊椎を原因とする神経因性膀胱の38歳男性。尿失禁に対し，ウリナールを用いて排尿を管理していたが，1995年2月，ウリナールによる圧迫が原因と思われる陰茎の変形と尿道の断裂をきたし当科を受診。糖尿病も認められたため，血糖のコントロールを行った後，陰茎部分切除術を施行した。術後，間欠導尿および薬物治療を行った結果，残尿も消失し，3ヶ月後に退院となった。その後も経過は順調で尿失禁もほとんど認めず，完全社会復帰を果たしている。

市立半田病院泌尿器科における10年間（1985～1994）の手術統計：小林峰生，加藤隆範（市立半田），佐井紹徳（名古屋第1赤十字），甲斐司光（中部労災），加藤英津子（名古屋大） 市立半田病院泌尿器科において，1985年から1994年までの過去10年間に行われた手術は1,853件（年間130から213件）であった。1987年から1991年にかけて手術件数の減少をみたが，1991年にESWLが導入され，手術件数も増加した。この10年間でもっとも多く行われた手術は，TUR-P 416，TUR-Bt 325，環状切開術179，TUL 102，精管結紮術88，PNS 71，去勢術67，PNL 64などであった。悪性腫瘍手術では，腎全摘出術52，腎尿管全摘出術17，膀胱全摘出術47，前立腺全摘出術15，精巣摘出術34などであった。尿路変更術は回腸導管23，コックボウチ17，マインツボウチ6，尿管皮膚瘻術2であった。その他，腎盂切石術11，腎盂形成術8，経皮腎囊胞穿刺術12，内尿道切開術17，尿失禁防止術23，カルンクルス切除術20，前立腺被膜下摘出術16，精巣捻転整復術26，陰嚢水腫手術49などが施行された。